



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه

جهت دریافت دکترای دندانپزشکی

عنوان

بررسی خصوصیات کلینیکی و پاتولوژیک

موکوپیدرموئیدکارسینومای غدد بزاقی در آرشیو بخش

پاتولوژی مؤسسه سرطان بیمارستان امام خمینی (۸۰-۱۳۶۰)

استاد راهنما

سرکار خانم دکتر مریم خلیلی

نگارش

سمیرا براری

سال تحصیلی: ۸۴-۱۳۸۳

شماره پایان نامه: ۲۳۳

خلاصه

MEC براساس بیشتر مطالعات، شایع‌ترین نئوپلاسم بدخیم غدد بزاقی^(۲۶ و ۲۳ و ۲۱ و ۱۸ و ۷) و شایع‌ترین بدخیمی غدد بزاقی در دوره کودکی^(۲۶ و ۱۸ و ۷) است که مشتمل بر دو جزء اصلی شامل سلول‌های تولیدکننده مومین و سلول‌های اپیدرموئید می‌باشد. این تومور در نمای کلینیکی معمولاً به صورت تورمی با رشد آهسته و ندرتاً همراه با درد و یا سایر علائم بروز می‌کند^(۲۳) که در این نما و نمای رادیوگرافی، به بسیاری ضایعات خوش‌خیم حفره دهان اعم از موکوسل و کیستها و تومورهای ادنتوژن شباهت دارد. علیرغم ظاهر معصوم این تومور، حتی انواع low grade آن نیز قابلیت متاستاز دارند^(۲۳) که علت اولیه مرگ در این تومور محسوب می‌شود^(۱۸). این موارد، اهمیت و لزوم تشخیص زود هنگام و بویژه افتراق این تومور را از ضایعات خوش‌خیم نشان می‌دهند. بنابراین مطالعه حاضر به صورت توصیفی مقطعی، به منظور تعیین خصوصیات کلینیکی و پاتولوژیک این ضایعه انجام شد تا زمینه‌ساز مطالعات بعدی باشد.

در این مطالعه گذشته‌نگر ۲۰ ساله بین سالهای ۸۰-۱۳۶۰، ۸۱۱ نمونه تومور بزاقی در مؤسسه سرطان بیمارستان امام خمینی تهران بررسی و ۱۱۵ نمونه MEC مشاهده شد. برگه‌های شرح حال و گزارشات پاتولوژی بیماران مبتلا به MEC بررسی و اطلاعات مربوط به سن، جنس، شغل، علت مراجعه، مدت و نوع علائم بیماری، تشخیص بالینی قبل از عمل، محل آناتومیک و سمت درگیری ضایعه، بزرگترین قطر تومور، قوام، وجود نکروز، تهاجم، متاستاز به غدد لنفاوی ناحیه‌ای و یا گردنی و آلودگی حاشیه برش جراحی در نمای میکروسکوپی ثبت شد. در نهایت، ۷۹ نمونه MEC جهت ارزیابی نهایی مورد تأیید قرار گرفت. اطلاعات حاصله با نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آزمونهای T-test و Chi-square جهت سنجش نتایج حاصله استفاده شد. در کلیه موارد، میزان اطمینان بالای ۹۵٪ ($P < 0.05$) به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

PA شایع‌ترین تومور بزاقی و فراوان‌ترین تومور خوش‌خیم و ACC دومین تومور بزاقی شایع و فراوان‌ترین بدخیمی بود. MEC با در بر گرفتن ۹/۷٪ از تومورهای بزاقی و ۱۶/۴٪ از تومورهای بدخیم، سومین بدخیمی بزاقی شایع بعد از ACC و SCC بود. MEC در مردان و زنان به نسبت

تقریباً یکسان دیده شد (۵۷٪ مرد و ۴۳٪ زن). حداقل سن ابتلا، ۸ سال و حداکثر ۸۰ سال و میانگین سنی ۱۹/۹ ± ۴۳/۰۷ سال بود. بیشترین فراوانی بیماران در دهه پنجم دیده شد. شایع‌ترین شکایت بیمار (۸۷/۳٪ بیماران) و شایع‌ترین علامت بیماری (۶۷/۱٪ بیماران) وجود توده و یا تورم بدون درد بود. فراوان‌ترین تشخیص بالینی ذکر شده، تومور بود (۴۳/۴٪) و در ۱۰/۵٪ موارد، تشخیص بالینی قبل از عمل به صورت صحیح MEC ذکر شده بود. محدوده مدت علائم ۰/۵-۹۶ ماه و میانگین آن ۲۲/۶ ± ۲۰/۸۸ ماه بود و بیشتر بیماران (۶۲/۹٪) ظرف مدت یک سال و یا کمتر مراجعه کرده بودند.

غدد بزاقی اصلی در حدود ۶۰٪ نمونه‌ها و غدد بزاقی فرعی در حدود ۴۰٪ نمونه‌ها منشأ تومور بودند. بیشترین موارد درگیری تومور به ترتیب در پاروتید (۵۱/۹٪) و کام (۱۳/۹٪) دیده شد. بزرگترین قطر تومور حداقل ۰/۸ سانتی‌متر و حداکثر ۸ سانتی‌متر و میانگین آن ۱/۹ ± ۳/۷۲ سانتی‌متر بود.

متاستاز به غدد لنفاوی ناحیه‌ای و یا گردنی در ۱۱/۴٪ بیماران دیده شد. ارتباط بین سن، جنس، محل آناتومیک، مدت علائم و بزرگترین قطر تومور با وجود متاستاز از لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

از آنجا که این مطالعه گذشته‌نگر با استفاده از اطلاعات موجود در آرشیو انجام پذیرفته است، از محدودیت‌های چنین مطالعاتی نیز مبرا نمی‌باشد. توصیه می‌شود جهت تعیین وضعیت بقا و بهبودی بیماران و تعیین معیارهایی برای پیش‌آگهی و همچنین تشخیص هرچه سریع‌تر ضایعه، مطالعات آینده‌نگر به صورت case-control و با پیگیری بیماران بعد از درمان انجام شود.